

SAMHANDLINGSREFORMEN OG OSS

Knut Rasmussen, Hjertemedisinsk avdeling, Universitetet i Tromsø

Veien til helvete er brolagt med gode forsetter

I de senere år har jeg holdt meg på god avstand fra alle helsekriger. Jeg har derfor også hatt et fjernt forhold til Samhandlingsreformen. Imidlertid utfordret redaktør Dennis meg til å formulere noen tanker om den. Her er de.

Min eneste kvalifikasjon for oppgaven var at jeg vinteren 2009 hørte et karismatisk foredrag av Bjarne Håkon Hanssen der han la frem tankene som senere ble til Stortingsmelding 47-2009-Samhandlingsreformen.

Bjarne Håkon Hanssen deserterte som vi husker like etter at meldingen var lagt frem, og merkelig nok valgte Anne-Grete Strøm-Erichsen å følge saken opp i sin fulle bredde. Etter stortingsmeldingen har vi fått Lov om folkehelsearbeide, Lov om kommunale helse og omsorgstjenester og Nasjonal plan for helse og omsorg. En rekke forskrifter er foreslått, inklusive den meget omstridte og henimot idiotiske fastlegeforskriften. Helseforetakene fører individuelle forhandlinger om samarbeid og ansvarsfordeling med 161 kommuner. Selve reformen ble iverksatt fra januar i år. Et enormt apparat er satt i gang.

Bjarne Håkons visjoner

Hans overskrift var at man ved styrking av de kommunale helsetjenester kunne avlaste spesialisthelsetjenesten og derved kanskje stoppe dennes såkalte ville vekst. For å oppnå dette hadde han tre hovedgrep:

- Bedre kommunal styring av innleggelse i sykehus.
- Raskere utskrivning av ferdigbehandlete sykehuspasienter til kommunal omsorg.
- Kommunene skulle ved å forebygge bedre hindre at innbyggerne ble syke slik at man kunne spare penger både i kommunal- og spesialisthelsetjeneste.

I sitt foredrag snakket han nesten utelukkende om forebygging. Han gjorde mye ut av eksempelet med dialyse og overvekt. Han resonnererte slik at dialysebehovet er raskt økende, hvilket er svært kostbart. En av de viktigste årsaker til nyresvikt er diabetes. Overvekt er en viktig årsak til diabetes. Ved å ansette en hær allmenmedisinere ville han hindre overvekt og derved stoppe den kausale kjede.

Bjarne Håkons dokumentasjon

Det finnes sikkert mye belegg i departementets katakomber for at disse tiltakene vil fungere. Jeg har fått med meg noe:

Nytten av innleggelseskontroll er angivelig dokumentert av Odd Jarle Kvammes doktoravhandling fra Helse-Fonna (1). Kommunelegene skulle konsultere sykehuset før innleggelse for å finne alternative løsninger. Dessverre viste imidlertid ikke dataene noen reduksjon i antallet innlagte eller andre målte variabler.

Bedring av utskrivningstempoet for ferdigbehandlete pasienter er angivelig dokumentert i erfaringene fra Søbstad i Trondheim, publisert av Helge Garåsen (2). 142 pasienter ble randomisert til enten standard sykehusbehandling eller overføring til et forsterket sykehjem med rehabilitering. Det var færre reinnleggelse, færre dødsfall, bedre livskvalitet, høyere overlevelse og lavere kostnader i sykehjemsgruppen. På dette grunnlag ble det beregnet at man nasjonalt kunne spare 400.000 av de angivelige 550.000 unødvendige liggedøgn. Tallgrunnlaget i avhandlingen er imidlertid uhyre spinkelt, og her er det vel også muligheter for en "Hawthorne-effect" - en effekt av initial prosjektentusiasme.

Når det gjelder forebygging, finnes anekdotiske meddelelser fra Østerdalen om reduksjon av antall lårhalsbrudd etter økt

kommunal strøing. Om det var korrigerert for vær, vet ikke jeg.

Dessverre må man vel si at også når det gjelder dialyse og overvekt, er dokumentasjonen tynn. Bare vel 20 % av antall pasienter i dialyse er der på grunn av diabetes. Det er også andre årsaker til diabetes enn overvekt. Fremfor alt har ingen vist at allmenntmedisinere eller andre i kommunehelsetjenesten kan forhindre overvekt.

Innleggelseser

På dette punkt foreligger det en god doktoravhandling ved Bjørn Oddvar Eriksen fra 1990 (3). Antallet "inappropriate" innleggelseser ble bedømt blindt av tverrfaglige paneler på grunnlag av informasjon fra før og etter oppholdet. Etter oppholdet ble 25 % bedømt som unødvendige. Men bare 6 % kunne identifiseres som unødvendige ved innleggelsen ut fra et sett kriterier oppsatt på forhånd. Og ut fra de samme kriterier ville 10 % av de nødvendige innleggelseser bli omklassifisert til unødvendige, mange av disse var svært behandlingstrengende. Det er altså vanskelig på forhånd å si hvem som har nytte av innleggelse. En økt styring vil gi moderate besparelser og risiko for helsetap. Videre var de unødvendige oppholdene betydelig billigere enn de andre; de genererte bare 12 % av totalutgiftene. Egentlig er det, som Eriksen sier, et spørsmål om hvilket risikonivå samfunnet vil legge seg på. Man kan jo føye til at samfunnet generelt vel viser seg mindre og mindre risikovillig.

Det finnes også en rekke andre mer praktiske innvendinger mot en fundamental endring av innleggelsesrutiner i Norge. Øyeblikkelig hjelp-innleggelseser utgjør i gjennomsnitt 45 % av totaltallet og 70 % av de indremedisinske innleggelseser. Hvordan skal dette styres? Bare 12 % av innleggelsesene skjer av pasientens fastleger. Vil flere allmenntmedisinere virkelig føre til færre innleggelseser? Kanskje er det omvendt?

Det mest fundamentale spørsmål er reist av Asbjørn Kjønstad. Vil pasientens rett til nødvendige innleggelseser bli svekket? Er det meningen at kommunene på byråkrattisk vis skal hindre innleggelseser? Hvem har da det medisinske ansvar? Vil kommunen lage et innleggelsesfilter som fungerer på heldøgnbasis? Vil de forhandle direkte med

rasende pårørende? Norsk Pasientskadeerstatning får nok å gjøre.

Selvfølkelig finnes det unødvendige innleggelseser som bør og kan stoppes, kanskje særlig fra sykehjem. Selvfølkelig bør allmenntmedisinere kommunisere med sykehuset om det beste opplegget hvis de er i tvil. Bedre kommunikasjonssystemer vil sikkert hjelpe. Men hvis en fornuftig lege der ute mener at en pasient bør innlegges, bør dette skje, og så får sykehusene etablere systemer for rask identifikasjon og utskrivning av de unødvendige.

Utskrivninger

På dette punkt må man bare innrømme at Bjarne Håkon har hatt et poeng. Sykehus og særlig de store indremedisinske avdelinger i de store byer har lidd under opphopning av ferdigbehandlede pasienter som utvilsomt burde hatt et annet tilbud, hjemme eller på sykehjem. Disse har også bidradd sterkt til korridorpatientproblemet. Vi har lenge hatt et system for melding av disse og en straff på kr.1500 per døgn etter en tid, men dette har tydeligvis ikke vært nok. For meg, som erfaren utskriver, har det lenge vært klart hvilke mekanismer som var i funksjon. Hjemmesykepleien har til enhver tid en pool av trengende pasienter, noen hjemme og noen på sykehuset. Presset fra de pårørende er stort. Det er da ikke så rart at de tenker at de som er på sykehus har jo et tilbud, ergo tar vi hun som ligger hjemme. Etter min erfaring er det først og fremst storbyene som på denne måten bruker "sine" sykehus som reservesykehjem. Det er ikke det at sykehusene bruker så mye penger og krefter på disse pasientene; de er billige i drift i forhold til alt annet. Men de fyller altså opp sengene og stjeler ressurser fra andre kommuner som er brukere av sykehuset. Reformskaperne har helt rett i at det måtte skapes et mottrykk med en økt takst (kr. 4000) fra første dag. Vi har allerede sett klare effekter, og dette problemet viste seg altså å kunne løses med et enkelt håndgrep. En svær reform var ikke påkrevet.

Denne diskusjonen reiser imidlertid det gamle berettigete spørsmål om kvalitet på sykehjemmene. Det er vel ingen tvil om at det kreves en faglig opprustning både der og i hjemmetjenesten. Jeg tror, som

departementet, at det ble gjort en stor feil da fastlegereformen ikke inkorporerte et system for ansvar ved sykehjemmene. Alle sykehjem bør ha tilsynsleger, ikke på heltid, men med så mange timer at de kjenner beboerne, går regelmessig visitt, kan gjøre reglemessige journalnotater og kan styre medikasjonen nøyaktig. I følge Aftenposten har sykehjemspasienter legetilsyn fra 2,4 minutter per uke og oppover (4). Det viktigste er nok ikke minuttene, men at noen kjenner pasienten og er tilgjengelig. Jeg er overbevist om at dette ville redusere antall unødvendige innleggelses i livets slutfase betydelig.

Bak det hele ligger det man arrogant kunne kalle geriatriens falitt. Jeg har selvfølgelig intet imot at vi utdanner flere gode geriatere. Men jeg ingen tro på at det nasjonale geriatriproblemet kan løses av disse. De mange hundre sykehjem der ute og de mange tusen i hjemmebasert omsorg vil måtte betjenes av "opprustete allmenmedisinere". Geriatere bør i stedet konsentrere seg om å kurse og sertifisere disse til sykehjemsjobben. Den viktigste del av dette kurset vil måtte handle om seponering av medikamenter. Sykehjemslegen bør også drive regelmessig undervisning av det øvrige personale.

Rehabiliteringstilbudene ved sykehjemmene bør også utvilsomt styrkes. Kanskje bør det etableres egne rehabiliteringsenheter ved sykehjem og sykestuer. Det er et paradoks at vi i de siste årene stadig har snakket om rehabilitering, men dette tilbudet blir likevel skåret ned. Sykestuene i Nord-Troms og Finnmark er stadig satt under press, til tross for at bl.a. Ivar Aaraas har vist klart at sykestuer er meget nyttige både i innleggings- og utskrivningsfaser der avstandene er store (5).

Det må noe nytt inn i sykehjemmene. Et enkelt forslag er å skru av TV-en og sette ungdomsskoleelever til å gå litt rundt med pasientene i haven, spille Ludo etc..

Forebygging

Som beskrevet innledningsvis var dette kanskje hovedtanken til reformator Bjarne Håkon. Kommunene og kommunehelsetjenesten skulle forhindre sykdom slik at pres-

set på sykehusene ble mindre. Dette kan det sies mye om.

På 80-tallet var jeg medlem av det såkalte Prioriteringsutvalget (6), et bredt sammensatt utvalg med mange kloke mennesker. Alle gikk inn i arbeidet med ønsket om at nå skulle vi sette forebygging på kartet. Temaet ble diskutert meget grundig. Etter hvert fant vi ut at forebygging i liten grad handler om helsevesen. Bortsett fra vaksinasjoner og råd om et sunt liv er det lite kommunelegene kan gjøre. Det som bestemmer hvor mye vi røyker, drikker, spiser eller mosjonerer er generelle politiske virkemidler - noen på statlige hender, noen på kommunale. Det er politikerne som kan forby røyking overalt, som kan forby kjøring av skolebarn nærmere enn 2 km fra skolen og som kan bygge sykkelstier.

Det er politikerne som kan avgiftsbelegge visse matvarer og subsidiere andre. Det er politikerne som kan bremse befolkningssentraliseringen som gjør at alle de gamle blir sittende igjen alene på landet. Prioriteringsutvalgets kapittel om forebygging i utvalgets innstilling ble derfor en presisering av at helse- og sosialministeren må instruere sine kolleger om å gjennomføre slike tiltak.

En god ting med det nye lovverket er derfor at det presiserer at det er kommunen og ikke kommunehelsetjenesten som har ansvaret. Men "han Stat" har selv det største ansvaret.

Det største problem med dette program er likevel tidsfaktoren. Fra man starter et forebyggende program til man kan høste fruktene i form av redusert sykkelighet vil det nødvendigvis gå en viss tid. Hvor lang tid denne "forsinkelsen" er varierer med type tiltak og sykdom. Røkestopp gir umiddelbar effekt på hjerteåresykdom og langsiktig effekt på lungekreft. Mosjon er en meget langsiktig faktor som kan gi midlertidige negative effekter i form av skader. På grunn av forsinkelsen må man altså investere i forebygging mange år før man kan begynne å redusere sykehusbudsjettene. Men i denne reformen hadde man tenkt seg en umiddelbar overføring av ressurser fra det ene sektor til den andre. Det man imidlertid burde gjøre, er først å investere i forebygging og så redusere spesialisttilbudet når man ser at denne har virket. Det

blir med andre ord ikke så mye å tjene på programmet.

En annen faktor er at selv om forebygging virker, så er jo ikke effekten evig. Alle blir syke og dør før eller siden og kostnaden kan på sikt bli større og ikke mindre. Demens er først og fremst en funksjon av alder. Det mest økonomiske er selvfølgelig at vi alle dør umiddelbart etter pensjonering. Send sigarer til pensjonistene! Å blande økonomi inn i disse vurderingene blir, som vanlig, absurd.

Økonomi

Den opprinnelige skisse innebar at 20 % av bevilgningene til spesialisthelsetjenesten skulle overføres kommunene. Det ser ut til at man har startet med 4-5 %, kanskje nettopp i erkjennelse av at forebygging tar tid. Penger til å betale den forhøyete utskrivningsboten er overført, men slår nok svært forskjellig ut. De kommuner som har den svakeste sykehjemsdekning, vil få den hardeste straffen. Klageropene fra disse er allerede begynt å strømme inn. Ordføreren i en liten kommune i Troms døpte reformen "pengeflyttereformen" og regnet ut at han ville tjene 2,1 millioner kroner og tape 1,4. Han lurte på hvordan han skulle forebygge for 700.000 kroner.

Den dagen de faktisk tar 20 % av resurssene til spesialisthelsetjenesten og overfører til kommunene uten at spesialisttjenestens oppgaver er vesentlig redusert kan man jo bare sette seg ned og vente på smellet.

De økonomiske kalkyler virker enda mer overfladiske enn de medisinske og vil neppe bli fullt gjennomført. De åpner for enda et nytt økonomisk svarteperspill i norsk medisin. Man må starte med å ruste opp kommunehelsetjenesten og sykehjemmene og håpe at dette gir noen besparelser "down the road". Men gevinsten vil først og fremst være medisinsk og human.

Monitorering

Dagens Medisin forsikrer at denne vil være forskningsbasert. Også her må det gå an å være skeptisk. Et blick på fotografiet av det digre panelet som skal vokte reformen tilsier at forskningskompetansen her er minimal.

Men det er Forskningsrådet som skal gjøre jobben, det burde da vært i gang for lenge siden. Man kan trygt spørre på resultatene av reformen både er uforutsigbare og uevaluerbare. Gullestad, Boye og Kjekshus har selvfølgelig rett i at dette skulle vært startet som et stort kontrollert forskningsprosjekt (7), i hvert fall som et pilotprosjekt.

Konklusjoner

Samhandlingsreformen rommer mange prisverdige mål, men er basert på tro om hvordan tiltakene kan virke. Utskrivningsdelen og styrking av sykehjemmene er utmerkete tiltak som imidlertid kunne vært iverksatt direkte uten denne store innpakningen. Styring av innleggelses kan man bare glemme og ansvaret for forebygging må først og fremst plasseres sentralt.

Foreløpig er det kommunene som har fått føle trykket fra reformen. Men det er all grunn til også for oss å følge med på hvor dette fører oss.

Som Charlotte Haug sier: "Djevelen er i detaljene" (8). Hvis man klarer å tilføre litt sunn fornuft i disse detaljene, kan man jo enda håpe at de mest djevlelske effekter kan holdes i sjakk.

Referanser

1. Kvamme O J: Samarbeid mellom leger. Doktoravhandling, UiO 1999, ISBN 82-7703-039-8.
2. Garåsen H: The Trondheim model. Doktoravhandling NTNU 2008, ISBN 978-82-471-7328-2.
3. Eriksen B O: The potential for reducing inappropriate hospital admissions. Doktoravhandling UiT 1999, ISBN 82-90262-55-8.
4. Westerveld J, Dommerud T: Beboere på sykehjem møter sjelden en lege. Aftenposten 161111, s 12.
5. Aaraas I: General practitioner hospitals: use and usefulness. Doktoravhandling UiT 1998; ISBN 82-90262-51-5.
6. Norges offentlige utredninger. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1987:2.
7. Gullestad L, Boye E, Kjekshus J: En reform basert på synsing. Dagens Medisin 120510, s 30.
8. Haug C: Djevelen er i detaljene. Tidsskr Nor Lægeforen 2012; 132:5.